

## A ARSENICALES

ODONTOIATRIA

*Arsenicales como modificadores de la nutrición; de Farm. Actal.*

He aquí un grupo de medicamentos, los *arsenicales*, que junto a otros muchos, entre ellos los mismos *yoduros*, entraban en la época del Renacimiento, desde el siglo XVI, en un apartado terapéutico: el de los *medicamentos alterantes*. Este concepto de *mediación alterante* fué señalado en dicho siglo XVI por un médico, astrónomo y matemático francés, JUAN FERNEL, que tras hacer la primera medición del meridiano entre París y Amiens, destacó después de forma notable en la Medicina de su época, por lo que se denominó el "*Hipócrates francés*".

La *medicación alterante*, dentro de un concepto muy vago, de acuerdo con el estado de la Medicina por esta época, quería señalar a aquella modalidad terapéutica poseyendo la facultad de cambiar de alguna manera la constitución del organismo. Así concebida esta doctrina, toma contacto con el cuerpo de doctrina galénica, del *contraria contrarii*, sin que, por lo demás, pudieran fijarse las modalidades de dicha alteración.

Si los arsenicales son muy antiguos en su uso médico, solamente en estos últimos tiempos se han podido fijar algunas de sus precisas indicaciones y algunos de sus puntualizados peligros. DISCÓRIDES, con el nom-

bre de *arsenición* (fuerza, vigor), empleaba mucho los arsenicales naturales, los sulfuros *oropimente* y *rejalgar*, y en honor a éste, a propuesta del clínico francés del pasado siglo TROUSSEAU, se dió el nombre de *gránulos de Dioscórides* a esta forma medicamentosa del "Codex", con un miligramo de anhídrido arsenioso por cada uno de ellos.

Es en el siglo XVIII cuando los arsenicales de este tipo entran de amplia forma en la terapéutica de manos de SLEVOGT, de Jena, y, sobre todo, del inglés FOWLER. Se recomienda entonces de forma preferente en el tratamiento de las *fiebres intermitentes*. Luego habría de proponerse su aplicación en las *anemias perniciosas*; pero en tanto se mantiene la terapéutica con estos arsenicales inorgánicos, bastante tóxicos, tipo arsenitos y anhídrido arsenioso, *evoca el arsénico más la idea de tóxico que de medicamento*. La entrada en el arsenal terapéutico de los arsenicales orgánicos, tipo *cacodilato sódico arrenal*, etc., y, sobre todo, con los quimioterápicos arsenicales de EHRLICH, se va borrando concepto tal, afianzándose más el de "agentes curativos".

\* \* \*

Como modificadores de la nutrición, todavía no ha podido ser fijado el mecanismo de su acción. Desde los primeros trabajos sobre esta cuestión dignos de mención por su encuadramiento dentro de la siste-

matización científica, los de ROUSIN, en 1863, hasta los más recientes de TANGL (1942-44), un sinnúmero de interpretaciones ha experimentado el aumento de peso, de talla, de grado de hidratación, de modificaciones sobre la queratosis cutánea, etc., observables las más de las veces con los arsenicales.

Aumento del apetito y mayor acúmulo de grasas; unión del As con el grupo SH de las células (glutathiona), e inhibición subsiguiente de los procesos oxidativos; inhibición por estos cuerpos de ciertas enzimas (nucleasa y fosfatasa), etc. Todas estas y otras interpretaciones se han dado al mecanismo de acción del arsénico como "alterante" y modificador de la nutrición.

La medicación arsenical de este tipo puede llenarse fácilmente con algunos compuestos inorgánicos, como el *anhídrido arsenioso*, el *arseniato sódico* o *potásico*, y los arseniatos, y con otros de naturaleza orgánica, como el *cacodilato sódico* y el *arrenal*. Algunas fórmulas aparecen a continuación:

Anhídrido arsenioso ..... 5 centigramos

(divídase y h. s. a. cincuenta gránulos)

Cada uno tendrá un miligramo de anhídrido arsenioso.

(1 a 3 al día)

atrófica posteriormente, del trapecio y marcada paresia del velo del paladar con la consiguiente desviación de la úvula.

La concomitancia paralítica de músculos dependientes de pares craneales como el glossofaríngeo y neumogástrico (velo del paladar y úvula) y el espinal (trapecio), con la atrofia, bien que ligera, del deltoides, constituye argumento de peso para subrayar la naturaleza poliomiélobular de caso, afirmando la unidad etiológica del mismo, evidenciada igualmente por su forma de instalación y por las características de los trastornos motores”.

## P PARALISIS

ODONTOIATRIA

*Formas clínicas de la parálisis infantil*, por el DR. BARROQUER FERRE.—  
Clin. y Lab. 224-44.

*La parálisis facial como forma oligosintomática de una parálisis infantil*, de acuerdo con la autorizada opinión de PERE comentada por el profesor BARCIA GOYANES en su lúcido artículo, creemos que los tratadistas se han excedido en cargar a la cuenta de la enfermedad de Heine-Medin muchas parálisis faciales sin motivo fundamentado. En nuestra opinión inducen a desestimar la identidad morbosa de estas parálisis con la poliomiéлитis anterior aguda, numerosos argumentos de todo valor.

Ante todo, para poder considerar una parálisis facial, y en general de cualquier par craneal, como de etiología Heine-Medin, es necesaria una precisión incuestionable:

1.<sup>a</sup> La parálisis observada debe revestir los caracteres, y éstos son fundamentalmente electrodiagnósticos, de las *parálisis nucleares*. Toda parálisis facial no nuclear, a no ser que coloquemos la cuestión en el huido campo de las formas polineuríticas, no puede ser debida al virus causante de la enfermedad de Heine-Medin.

Eliminadas de este modo las parálisis faciales centrales y las periféricas no nucleares, nuevas razones clínicas abogan en contra de la etiología Heine-Medin de la parálisis facial. Estas son:

2.<sup>a</sup> La parálisis facial es más frecuente en el adulto que en el niño, lo cual, como es necesario resaltar, está totalmente en contra de las características de la parálisis infantil.

3.<sup>a</sup> Cuando existen épocas de recrudescencia—epidemias—de la enfermedad de Heine-Medin, jamás hemos observado aumentar el número de parálisis faciales.

A estos argumentos clínicos de valor innegable, se viene a sumar el argumento negativo siempre de indiscutible utilidad:

4.<sup>a</sup> Nadie ha demostrado, ni anatomopatológicamente, ni por el análisis del l. c. r., la comprobación de una parálisis facial atribuible especialmente al virus productor de la poliomyelitis anterior aguda.

Nosotros creemos que las pruebas que anteceden son suficientemente explícitas para desechar si no la posibilidad, que cabe en los límites que estudiaremos en el apartado siguiente, sí la frecuencia de la afectación del nervio facial—de su núcleo de origen hablando propiamente—por el virus poliomiélfico.

En cambio, la participación sintomática de algunos nervios craneales, *formas bulbo-pónticas*, es evidente en todos aquellos casos en los cuales, además de observarse parálisis espinales, por discretas que éstas sean, se comprueban síntomas de interés de alguno o algunos nervios craneales. Es justo entonces hablar de *poliomielobulbitis*. Si al síndrome topográfico añadimos la comprobación por el examen del d. c. r., de la existencia de una reacción meningítica, nuestra pronunciación se hará con mayor abundamiento.

A continuación voy a exponer la historia de un caso ejemplar, visto actualmente, de esta topografía o *forma poliomielobulbar*.

José R., de 12 años. A los 16 meses, difteria. Sin ninguna otra enfermedad hasta la actual. Hace tres meses se sintió enfermo un atardecer con dolor de cabeza y malestar general febril. Este estado permaneció con pirexia oscilando desde 37'4 a 39'5° durante ocho días. A los tres días empezó a quejarse constantemente de dolores en la nuca irradiados a lo largo del raquis. Al mismo tiempo aparece imposibilidad motora para erguir la cabeza y poder levantar el brazo derecho. Al día siguiente, dificultad para tragar, rezumando los líquidos por la nariz, y voz gangosa. Dolores discretos en las extremidades inferiores, reflejos rotulianos debilitados. No se hizo punción. El estado inmediato posfebril queda limitado por el síndrome siguiente: parésia del deltoides derecho, parésia,

*Hábitos y su control durante la infancia*, por LELAND R. JOMNSON, D. D. S.,  
M. S. D., F. A. C. D., J. A. D. A.-D. C., 24-9

*Conclusiones:*

1. Muchos de nuestros actos son secundariamente automáticos, y son ejecutados con un comparativamente pequeño esfuerzo.
  2. Los hábitos pueden ser factores etiológicos en la maloclusión unas veces, y otras, por el contrario, son una ayuda en el desarrollo de una oclusión normal.
  3. El morderse los labios es quizás uno de los hábitos que más frecuentemente da origen a maloclusión.
  4. Los vicios de lengua son los responsables de los casos más graves de maloclusión.
  5. Uno de los primeros movimientos que se llevan a cabo en la infancia son los de succión.
  6. La succión del pulgar o de los demás dedos puede ser causa de graves maloclusiones.
  7. Si el funcionamiento normal se lleva a cabo, aun cuando exista el hábito de succionarse los dedos, la maloclusión dentaria puede ser corregida por el funcionamiento de los labios, siempre que hábito se haya
- 

**O OSTEITIS**

*Un estudio de radiografías dentarias en casos de enfermedad de Paget (Osteitis deformante), de osteitis fibrosa quística y de osteoma*, por EDWARD S. STAFNE D. D. S. y LOUIE T. AUSTIN, D. D. S. D.-C.-80-8.

Es mucho más frecuente de lo que hasta ahora se ha supuesto el hecho de estar interesados los maxilares en la enfermedad de PAGET. De 138 casos revisados para este estudio encontramos evidencia radiológica de afección de los dos maxilares en treinta y tres casos de esta enfermedad o sea en un 16,6 por ciento de todos ellos. Como en todos estos casos, solamente en tres de ellos encontramos afectado el maxilar inferior, podemos considerar que este se interesa en esta enfermedad muy rara vez. Evidencia radiográfica absoluta de afección en los dos maxilares no la hemos encontrado claramente más que en un caso.

Un hecho característico y dominante en la enfermedad de PAGET, cuando llega a afectar a las mandíbulas es la hipercementosis. Por esta razón, cuando las mandíbulas están afectadas y cuando existen dientes, una radiografía dental puede ser de valor como factor adicional en el diagnóstico diferencial, puesto que sirve para distinguir la enfermedad de PAGET del osteoma y de la osteitis fibrosa quística.

Las radiografías dentarias pueden ser también muy valiosas en la investigación de los casos sospechosos de afección generalizada de hueso,

corregido también precozmente. Si el funcionamiento normal de los dientes no existe, la maloclusión, con toda probabilidad, continuará aumentando con progresiva gravedad.

8. La respiración por la boca y el hábito de boca abierta difieren en sus características y tratamiento.

9. El tratamiento de los hábitos, en general, es un problema individual.

10. Para conseguir apropiadamente el que los niños corrijan los hábitos nocivos adquiridos, se requiere por parte del dentista ingenuidad, discernimiento, personalidad, simpatía y comprensión.

11. Excitaciones indebidas o irritabilidades intensas deben ser evitadas, puesto que la ruptura de un hábito lleva aparejado siempre un esfuerzo emocional.

12. Para llevar adecuadamente el trabajo de prevención, el dentista debe preparar bajo control por los factores definitivos en el desarrollo de una oclusión normal. Para conseguir esto, precisa una observación y guía constante del niño desde el nacimiento.

puesto que algunas veces puede haber evidencia radiológica en las mandíbulas y no haber ninguna demostración de invasión en el resto del esqueleto. Es evidente que el odontólogo es el primero que puede ver muchos casos de esta enfermedad, puesto que el síntoma más precoz es el envolvimiento de la mandíbula. Además, cambios precoces en el hueso pueden ser revelados por radiografías hechas incidentalmente para exámenes dentales generales, e incluso cuando ni existen siquiera síntomas dentarios que puedan hacer sospechosa esta enfermedad. El odontólogo podrá, pues, en estas ocasiones enviar a esta clase de pacientes al médico general para posteriores investigaciones, siendo de este modo instrumento principal en el precoz reconocimiento de esta enfermedad del hueso, salvándose el mismo de acometer el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad de las mandíbulas, siendo ésta innecesaria dadas las condiciones generales del enfermo.